*Année 1972* *N°*

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

SAINT-ANTOINE

85

# THESE

POUR LE

## DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR


**Martine CHIBANI**

Née le 7 Mars 1938 à PARIS


*Présentée et soutenue publiquement le ............................ 1972*

# LA DECIDUOSE OVARIENNE

PRESIDENT : MONSIEUR ORCEL, PROFESSEUR.


Editions de l'AGEMP

8, rue Dante - PARIS Ve

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550017_0030

*Année 1972* *N°*

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

SAINT-ANTOINE

# THESE

POUR LE

# DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

**Martine CHIBANI**

Née le 7 Mars 1938 a PARIS

*Présentée et soutenue publiquement le ............................ 1972*

## LA DECIDUOSE OVARIENNE

PRESIDENT : MONSIEUR ORCEL, PROFESSEUR.

Editions de l'AGEMP

8, rue Dante-PARIS Ve

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

# UNIVERSITE PARIS VI

## FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE

-:-:-:-:-:-

### Professeurs titulaires

-:-:-:-

| | | |
|---|---|---|
| MM. | ANDRE R. | Hématologie |
| | BRISSAUD H. | Pédiatrie |
| | BROCARD R. | Médecine |
| | CAROLI J. | Médecine |
| | CATINAT J. | Cardiologie |
| | CERBONNET G. | Chirurgie |
| | CHALUT J. | Radiologie |
| | CHERIGIE Ed. | Radiologie |
| | CHIGOT P. L. | Chirurgie infantile |
| | CONTAMIN Fr. | Neurologie |
| | CONTE M. | Médecine |
| | DAGUET L. | Bactériologie |
| | DEBRAY J. | Médecine |
| | DRY J. | Médecine |
| | FLABEAU F. | Chirurgie |
| | GERBEAUX J. | Thérapeutique |
| | GIRARD F. | Physiologie |
| | GOSSET J. | Chirurgie |
| | Golvan Y. J. | Parasitologie |
| MM. | HUGELIN A. | Physiologie |
| | LAPLANE R. | Pédiatrie |
| | LE LORIER G. | Obstétrique |
| | LOEPER J. | Médecine expérimentale - Immunologie |
| | LOYGUE J. | Chirurgie |
| | MAROIS M. | Histologie |
| | MERGER R. | Obstétrique |
| | MILHAUD G. | Biophysique |
| | NICK J. | Neurologie |
| | ORCEL L. | Anatomie pathologique |
| | PERRAULT M. | Médecine |
| | POLONOVSKI CL. | Pédiatrie |
| | POLONOVSKI J. | Biochimie |
| | RICHET G. | Néphrologie |

### Professeurs sans chaire

-:-:-:-

| | | |
|---|---|---|
| MM. | BRICOUT F. | Bactério-Virologie |
| Mme | CHAPUT A. | Stomatologie |
| M. | DUHAMEL G. | Hématologie |
| | LESTRADET H. | Pédiatrie |
| | PICARD J. | Biochimie |
| | ROUX Ch. | Embryologie |

## MAITRES DE CONFERENCES

| | | |
|---|---|---|
| MM. | AKOUN G. | Médecine |
| Mme | ARON D. | Ophtalmo. |
| MM. | AMSTUTZ P. | Réanimation |
| | APOIL A. | Orth. Traum. |
| | ARDAILLOU R. | Physiologie |
| | BAUX S. | Chirurgie |
| | BOURY G. | Chirurgie |
| | CHEYMOL G. | Pharmacologie |
| | CHOUARD Cl. | O.R.L. |
| | CLOAREC M. | Médecine |
| Mme | COMBRISSON A. | Hématologie |
| MM. | DECROIX G. | Pneumo-Phtisio |
| | DELIGNE P. | Anesthésiologie |
| | DOYON D. | Radiologie |
| | FONTAINE J. L. | Pédiatrie |
| | FOUET P. | Thérapeutique |
| | GAUTIER H. | Physiologie |
| | GRUNER M. | Chirurgie infantile |
| | GUILMET Cl. | Anesthésiologie |
| | GUIRAUDON G. | Anatomie |
| | HERMAN D. | Médecine |
| | HUGUET Cl. | Chirurgie |
| MM. | HUGUIER M. | Chirurgie |
| | KRULIK M. | Méd. Gle |
| | LASFARGUES G. | Pédiatrie |
| | LAUGIER A. | Radiologie |
| | LEVY V. G. | Médecine |
| | MALAFOSSE M. | Chirurgie |
| | MENSCH B. | Biophysique |
| | MERY J. Ph. | Néphrologie |
| Mme | MIGNON Fr. | Néphrologie |
| MM. | NAJMAN A. | Hématologie |
| | NICOLLE M. | Neurologie |
| | OPOLON J. | Médecine |
| | PAQUELIN Fr. | O.R.L. |
| | PISSARRO B. | Méd. préventine |
| | RAMPINI Cl. | Biochimie |
| | RICHARDET J.M. | Pédiatrie |
| | ROLAND J. | Anat. pathol. |
| | SALAT J. | Obstétrique |
| | SALMON Ch. | Hématologie |
| | SANTARELLI J. | Obstétrique |
| | WARGON H. | Méd. expérim. |
| | WEINMANN S. | Biochimie |
| | WITCHITZ S. | Cardiologie |

### Enseignants Associés

| | |
|---|---|
| ELIAKIS Em. | Médecine légale |

## Enseignants Contractuels

-:-:-:-:-:-:-:-

| | | |
|---|---|---|
| M. C. A. | M. KIRSCH F. | Physiologie biochimique |

## Chargés d'Enseignement

-:-:-:-:-:-:-:-

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| MM. | BENOIST | Rhumatologie | MM. DUNET | Endocrinologie |
| | HUEZIERE | Chirurgie infantile | LOFFREDO | Obstétrique |
| | CRISTOL | Cardiologie | SALOMON | Rhumatologie |

## Attachés d'Enseignement

-:-:-:-:-:-:-:-

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| MM. | CASASSUS | Cardiologie | MM. HIVET | Chirurgie |
| | COUVREUR | Thérapeutique | MIGNOT | Neurologie |
| | DES LAURIERS | Neurologie | SAUVAN | Cardiologie |
| | GALLOUEDEC | Pneumologie | VANNIER | Pneumologie |

A mon mari, qui m'a toujours encouragée durant ces
années d'études

A ma fille

A mon père, à ma mère

A mon beau-père, que je n'ai pas eu le bonheur
de connaitre

A ma belle-mère

A mon beau-frère, Omar

A tous les miens

En témoignage de mon affection.

A Mr. Le Professeur ORCEL

Professeur de la chaire d'Anatomie Pathologique
de l'Hôpital St. Antoine

qui m'a fait le grand honneur de présider cette thèse

En témoignage de ma reconnaissance et de mon respect

A Mr. le Docteur Crimail

qui m'a inspirée le sujet de cette thèse et guidée dans sa réalisation.

En témoignage de ma profonde gratitude.

A Mr. le Docteur Leroy

En reconnaissance de l'enseignement reçu dans son service.

A Messieurs les Membres du Jury.

A tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Paris.

1 - Historique - Définition

2 - Caractères cliniques et anatomo-pathologiques de la déciduose ovarienne.

3 - Aspects anatomo-pathologiques - Discussion - Evolution.

4 - Observation et compte-rendu histologique.

5 - Discussion : rapports entre déciduose ectopique typique et endométriose décidualisée.

6 - Quelques mots sur les autres déciduoses.

## HISTORIQUE - DEFINITION DE LA DECIDUOSE

Historique de la déciduose.

A la fin du siècle dernier, en 1886, Bayer découvrait sur le col utérin d'une femme enceinte des amas de cellules semblables à celles qui caractérisent la caduque utérine et que l'on nomme des cellules déciduales.

En 1887, Walker les identifie sur le péritoine pelvien, au cours d'une grossesse extra-utérine.

Schmorl et Meyer, une dizaine d'années plus tard, mettent ces cellules en évidence dans la trompe et l'ovaire, tandis que Volk et Blumberg, à la même époque, en décrivent l'aspect morphologique.

C'est alors que débute une période expérimentale avec les travaux de Loeb, à partir de 1907. Loeb, en effet, met en évidence chez l'animal, la formation de tissu semblable à celui qui constitue la caduque utérine, loin du lieu d'implantation de l'oeuf. Il montre, en outre, l'apparition de ce tissu en dehors de toute grossesse, lorsque sont réalisées certaines conditions hormonales bien définies.

Suit une longue période de silence jusqu'en 1935, où les travaux et les publications reprennent: c'est ainsi que nous évoquerons les expériences de Clauberg, en 1938, puis, au cours de ces 20 dernières années, les travaux de Chambon sur le déterminisme chimique des réactions déciduales chez le lapin; de Kehl et Czyba portant sur les rapports entre cortisone et déciduome chez le rat; ceux d'Alloiteau relatifs à l'obtention de déciduomes traumatiques chez la souris gravide, sans oublier

la thèse récente de P. Dubois sur les déciduoses expérimentales. Enfin nous citerons la thèse de Mme Dusserre, en 1961, ayant trait aux déciduoses ectopiques dans leur ensemble.

## Définition de la déciduose - Origine.

La déciduose ectopique se définit comme étant la présence de cellules déciduales en un point du tractus génital autre que l'endomètre, pendant la gestation.

Nous savons, en effet, que normalement, après la fécondation, l'endomètre subit de profonds remaniements nécessaires à la nidation de l'oeuf, remaniements d'abord localisés à la zone de nidation, puis s'étendant progressivement à toute la muqueuse pour former la caduque utérine. Ce bouleversement de l'endomètre touche les différents éléments constitutifs, à savoir :

- l'epithelium cylindrique, qui perd ses cils vibratiles et s'aplatit;
- les tubes glandulaires, qui s'étirent;
- le chorion cytogène, qui subit une transformation déciduale.

Cette dernière, que seule nous retiendrons ici, ne touche pas la région cervico-isthmique de l'utérus et se développe surtout dans la zone superficielle de l'endomètre, où elle enserre et étouffe en partie les glandes épithéliales.

La réaction déciduale, indispensable à la nidation et à la placentation, semble donc liée à l'existence d'un chorion cytogène tel qu'on l'observe normalement sur la muqueuse endo-utérine ou dans les différentes localisations de l'endométriose. C'est donc dans ces conditions que l'on conçoit le mieux les plages de décidualisation extra-utérines au cours de la grossesse. Mais on ne peut les

classer dans les déciduoses ectopiques proprement dites puisqu'elles concernent un tissu qui subit habituellement, malgré sa situation anormale, les modifications propres à l'endomètre.

De la même façon, on ne peut faire entrer sans réserves dans le cadre de cette définition, la décidualisation rencontrée dans la trompe au contact de l'oeuf venu se nider dans cette partie du tractus génital, bien que certains l'aient considérée comme l'exemple type de la déciduose ectopique.

Dans les différents cas que nous venons de passer en revue, la réaction déciduale se produit toujours dans le chorion cytogène: elle apparait donc dans les foyers d'endométriose, c'est-à-dire dans les localisations aberrantes d'endomètre, dont on retrouve tous les éléments. Certains auteurs, d'ailleurs, ne voient dans la déciduose ectopique qu'une décidualisation du chorion d'endométriome sous l'influence de la grossesse.

Pourtant, la constitution de la déciduose vraie, telle que nous l'avons définie, reste bien distincte de celle de la caduque utérine: elle n'est formée que d'amas isolés de cellules déciduales, où ne se retrouve aucun élément caractéristique de l'endomètre.

Dès lors, comment expliquer la présence, loin de l'endomètre et de l'oeuf, de ces îlots de cellules en tous points semblables aux cellules déciduales formées aux dépens du chorion cytogène de la muqueuse utérine?

C'est là un problème que bon nombre d'auteurs

ont tenté d'éclaicir, en émettant différentes hypothèses que nous allons exposer ici et essayer, à notre tour, d'analyser.

## Théories pathogéniques de la déciduose.

### I - Théorie métaplasique.

Cette théorie explique l'apparition de cellules déciduales aberrantes par la transformation - ou méta-plasie - de cellules conjonctives.

Différentes expériences viennent appuyer cette hypothèse, la première étant celle de Loeb, en 1908, qui réussit à créer un déciduome dans les cornes utérines de la lapine, en combinant à un léger traumatisme local, des conditions hormonales appropriées.

Courrier et Kehl, de leur côté, font apparaitre des cellules prédéciduales dans l'endomètre, en faisant agir tour à tour, folliculine, progestérone, puis de nouveau folliculine.

En 1950, Bradbury, Brown et Gray mettent l'accent sur la nécessité de l'association oestro-progestative qui, pour des doses définies, entraine l'apparition de cellules déciduales dans la muqueuse utérine.

Mais, si ces cellules se forment dans l'endomètre à partir du chorion cytogène, pour expliquer leur présence en dehors de l'utérus, on peut admettre que les organes dans lesquels se développent les foyers de déciduose renferment des éléments qui, dans les conditions particulières que réalise la puerpéralité, subissent une métaplasie déciduale. Ces élément seraient des cellules mésenchymateuses à potentialité évolutive déterminée,

sensibles aux incitations hormonales de la grossesse.

La déciduose ovarienne, qui constitue le sujet principal de notre exposé, trouverait donc son origine dans certaines cellules conjonctives disséminées dans le stroma et susceptibles de subir la transformation en cellules déciduales.

Certes, cette métaplasie semble bien être sous la dépendance des secrétions hormonales, représentées ici par les hormones oestro-progestatives: la découverte de déciduose chez les seules femmes enceintes en constitue une preuve indéniable. Diverses expériences réalisées chez l'animal viennent, en outre, renforcer cette constatation:

ainsi, en 1950, Chambon déclenche une déciduose chez la lapine, en associant folliculine et traumatisme;

plus tard, en 1963, Alloiteau, expérimentant chez la rate, démontre, au contraire, qu'une déciduose traumatique , peut être provoquée à tous les stades de la gestation, à la condition formelle que les sources ovariennes d'oestrogènes soient taries;

enfin, Czyba, en 1968, obtient une déciduose dans la corne utérine du hamster doré après un traumatisme et l'administration de progestérone ou de lynestrol.

Or, à propos des expériences précitées, une remarque s'impose: en effet, dans chacune d'elle, intervient un facteur commun, le traumatisme, sous la forme d'un fil, placé dans la lumière d'une corne utérine. Ceci nous laisse à penser que le facteur général, représenté ici par l'administration de folliculine ou de

progestérone, demeure insuffisant pour déclencher à lui seul un déciduome.

Il semble bien que ce fait soit applicable à la femme, comme le prouvent certaines observations cliniques rapportées par le Coz, en 1967: ce dernier, étudiant huit cas de déciduose cervicale pendant la grossesse, releva dans les antécédents de sept de ces femmes, une électrocoagulation du col. Ne pouvons-nous considérer celle-ci comme un agent traumatisant favorable au développement d'une déciduose?

Cependant, si une telle explication semble vraisemblable pour certaines localisations des foyers de déciduose, en particulier pour le col, il nous parait difficile de la retenir dans la forme ovarienne, l'agent traumatisant, dans l'état actuel de nos connaissances, n'ayant pu être mis en évidence.

Il nous faut, par conséquent, tenter de trouver d'autres facteurs: certains auteurs ont évoqué les troubles circulatoires de la grossesse touchant l'ensemble du petit bassin et à la faveur de la congestion qu'elle provoque, il y aurait libération d'une substance qui ne serait autre que l'histamine. Cette substance semble, en effet, jouer un rôle non négligeable pendant la gestation et au cours d'expériences chez la rate, Shelesniak et Kahlson ont réalisé la transformation déciduale de l'endomètre et l'apparition de déciduomes par administration d'histamine.

Ces auteurs ont en outre démontré que le déciduome traumatique, tel que l'avait obtenu Loeb, peut

être inhibé par des antihistaminiques.

L'histamine n'est sans doute pas la seule substance en cause, ce qu'ont montré Kehl et Czyba par leur expérimentation chez la rate castrée où il apparait que l'injection de cortisone, loin d'empêcher la formation d'un déciduome traumatique, favorise, au contraire son développement et son plein épanouissement.

L'inflammation, enfin, qui parait associée assez fréquemment à la déciduose, aurait peut-être une certaine influence sur son apparition. Pour Meyer, déjà, en 1913, le rôle du processus inflammatoire apparait primordial dans la formation des foyers ectopiques de déciduose; Schmitt, quelques années plus tard, en décrira dans les adhérences inflammatoires du petit bassin.

Nous retrouverons cette notion dans une publication plus récente de Bret, Coupez et De Brux, dans laquelle ces auteurs étudiant les aspects colposcopiques de la déciduose cervicale, insistent sur les lésions inflammatoires qui l'accompagnent souvent et sur la fréquence de l'association ectropion-déciduose.

Il est probable que la déciduose demeure sous la dépendance de l'ensemble de ces facteurs tant généraux que loco-régionaux, mais il n'est pas impossible qu'interviennent d'autres facteurs inconnus de nous jusqu'à ce jour, car on s'explique mal que réaction déciduale ectopique ne survienne que chez certaines femmes et que, telle autre, porteuse d'une déciduose cervicale au cours d'une première grossesse, n'en présente pas lors d'une grossesse ultérieure.

Une autre question se pose à nous: celle de savoir pourquoi les cellules déciduales n'ont été retrouvées que sur les organes du petit bassin - contrairement à l'endométriose, nous ne connaissons effectivement pas d'autres localisations -, tandis que les cellules mésenchymateuses existent dans tous les tissus conjonctifs de l'organisme. A moins que ces cellules, susceptibles de se transformer durant la grossesse, ne représentent les vestiges du système mullérien qui, pendant la vie embryonnaire, a donné naissance à l'appareil génital féminin.

Aussi, en raison de notre incapacité à résoudre ces différents problèmes, certains auteurs, réfutant la théorie de la métaplasie, ont-ils émis une deuxième hypothèse, expliquant ainsi l'apparition de déciduose ectopiques chez la femme enceinte par la théorie dite métastatique, que nous allons développer à présent.

## 2 - Théorie métastatique.

Cette théorie est celle soutenue en France par G. Beauchant, en 1952, qui s'appuie sur différents arguments.

La déciduose ectopique serait, selon cet auteur, le résultat d'une métaplasie d'éléments cellulaires sous l'influence de la grossesse, certes, mais de cellules provenant du chorion de l'endomètre et qui se seraient greffées sur les tissus des organes voisins de l'utérus, pendant la vie génitale de la femme.

Pour justifier cette hypothèse, Beauchant nous fait remarquer que les cellules déciduales aberrantes ne se rencontrent que chez les seules espèces à caduques déciduales et, plus particulièrement, chez les espèces menstruées, parmi lesquelles l'Homme et les Singes anthropoïdes.

Par ailleurs, il souligne la répartition exclusive de ces cellules dans les organes du petit bassin et leur situation constante à la surface de ces organes. Nous devons toutefois noter à ce propos, que Wallart, dans un article consacré aux végétations déciduales de l'ovaire, décrivit des foyers de cellules déciduales s'étendant jusque dans la médullaire de cet organe.

Quelle voie emprunteraient les cellules migratrices avant de se fixer définitivement?

Certains ont pensé à une dissémination par voie sanguine ou lymphatique; mais cette hypothèse ne

parait pas devoir être retenue, en raison des localisations uniquement sous-péritonéales des foyers déciduaux.

Beauchant admet donc que les cellules choriales, desquamant lors des menstruations, migrent par les voies génitales supérieures et vont se fixer sur les organes pelviens, réalisant des greffes silencieuses jusqu'au moment de leur métaplasie déciduale. Cette migration serait rendue possible par le reflux du sang menstruel de l'utérus vers les trompes, puis les pavillons et la cavité péritonéale: des mouvements antipéristaltiques ont été, en effet, constatés chez les Singes pendant la période menstruelle, par Westmann, en 1929.

Les cellules migratrices resteraient vivantes au moment de leur greffe et seraient rapidement recouvertes par l'epithelium de l'organe récepteur, conservant ainsi la faculté de se décidualiser lors de la gestation.

La théorie de Beauchant rejoint, en un certain sens, celle de Sampson concernant la pathogénie de l'endométriose, dans laquelle il voit une implantation de fragments d'endomètre menstruel sur l'ovaire ou le péritoine pelvien, et Amos, en 1905, rapporta le premier cas de transformation déciduale d'une endométriose chez une femme enceinte. Pour certains auteurs, en effet, tels que Josselin, De Jong et De Snoo: les formations déciduales ectopiques observées au cours des grossesses, ne seraient que des foyers d'endométriose modifiés par l'inondation hormonale.

Mais - nous reviendrons plus loin sur cette question -, tandis que les foyers de déciduose pure ne sont constitués que des seules cellules déciduales, la décidualisation de l'endomètre ectopique intéresse au même titre glandes et stroma.

Au terme de ce chapitre, il ressort déjà que la déciduose malgré une origine encore incomplètement élucidée et les diverses hypothèses la concernant, représente, pour nous, une entité propre, ne possédant apparemment aucun lien avec l'endométriose décidualisée, bien que, dans quelques cas précis, peut-être, - nous le verrons dans un prochain chapitre - il soit possible d'établir certaines corrélations entre elle et l'endométriose décidualisée.

# CARACTERES CLINIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES

# DE LA DECIDUOSE OVARIENNE

I - Caractères cliniques.

Si l'endométriose pelvienne s'accompagne presque constamment de symptômes cliniques variés,tels que des douleurs abdominales ou lombaires, des métrorragies,une dys ménorrhée et peut même être tenue pour responsable de certaines formes de stérilité, la déciduose ectopique demeure, dans la casi-totalité des cas, cliniquement silencieuse et le plus souvent de découverte fortuite.

La fréquence de la déciduose varie entre 10% et 34%, suivant les statistiques établies par les auteurs américains, encore que celles-ci ne concernent que les localisations cervicales.

L'âge de la femme et la parité ne peuvent être considérés comme des facteurs influents sur le développement de la déciduose ectopique, celle-ci ayant été observée chez des femmes dont l'âge se situait entre 20 et 45 ans, tant chez des primipares que chez des multipares.

Quant à la date d'apparition des cellules déciduales aberrantes au cours de la grossesse, elle ne semble pas pouvoir être déterminée de façon précise : elles seraient présentes dès la 3ème semaine, pour certains, à partir du 2ème mois, pour d'autres, et persisteraient jusqu'à la fin de la grossesse, période à laquelle elles seraient le plus fréquemment retrouvées.Wallart en a observé dans l'ovaire jusqu'à 15 et 17 jours après l'accouchement.

Du point de vue clinique, il n'y a pas de symptomatologie propre à la déciduose, et la seule forme présentant une traduction clinique est la forme cervicale de la déciduose.Pourtant,si quelques auteurs, tels que Schramm et Lepage, considèrent les leucorrhées et les petites métrorragies comme des signes fonctionnels de déciduose du col, Bret et Coupez n'y voient que la conséquence d'une importante congestion cervicale liée à la gravidité, voire d'un ectropion.

En ce qui concerne la localisation ovarienne de la déciduose, elle reste remarquablement silencieuse tout au long de la grossesse et les quelques observations qui en ont été faites l'ont toujours été de façon occasionnelle, au cours de césariennes, avec ablation d'un ovaire kystique, comme ce fut le cas dans notre observation.Notter, en 1965, à Lyon, rapportait déjà l'exemple d'une femme ayant dû subir une césarienne avec castration, pour cancer de la langue, et chez laquelle l'ovaire droit était porteur d'un kyste goudron : l'examen anatomo-pathologique de deux fragments de cet ovaire révélait l'existence de cellules déciduales typiques.

Cette latence clinique qui caractérise la déciduose de l'ovaire expliquerait la rareté de cette forme, rareté qui n'est en fait qu'apparente, puisque Meyer et Schmorl, dans las années 1920-1930, estimaient déjà que l'on trouve presque constamment des cellules déciduales dans les ovaires de grossesse normale, mais aussi de grossesse môlaire, et de chorio-épithéliome.

## II - Caractères anatomo-pathologiques.

Si certains foyers de déciduose, en particulier ceux du col utérin, sont très souvent associés à une réaction inflammatoire, et peut-être même, pour quelques auteurs ne sont que la conséquence de cette inflammation, la localisation ovarienne apparait généralement à l'état isolé; sans doute faut-il voir dans ce fait une raison de sa latence clinique totale, et s'il en était besoin, nous pourrions la considérer comme l'un des signes les plus sûrs de l'état de grossesse, puisque, nous l'avons vu, les cellules déciduales sont presque toujours présentes dans les ovaires durant cette période.

Toutefois, plusieurs observations, dont la nôtre, ont mis en évidence l'association de foyers de cellules déciduales avec un kyste hématique, qui, à l'examen anatomo-pathologique, se révélait être d'origine endométriale; ceci tendrait donc à démontrer l'existence de corrélations entre déciduose et endométriose.

### a) - Aspects macroscopiques de la déciduose ovarienne.

Pour la majorité des observateurs, les foyers de déciduose se rencontrent toujours en surface, dans le stroma cortical et, éventuellement, sur les adhérences.

Wallart décrivait ces néoformations comme des villosités partant de l'albuginée, soulevant l'épithélium de la glande, parfois même le traversant.

Pour J. Tolub, qui étudia, en 1954, les particularités des ovaires de grossesse, ces foyers se présentent sous la forme de nodules déciduaux ou fibro-déciduaux très vascularisés.S'ils sont volumineux, ces nodules plongent dans la profondeur de l'organe et, sur certaines coupes les intéressant tangentiellement dans leur partie profonde, semblent développés sans aucun rapport avec la surface. Ce qui pourrait expliquer les deux localisations particulières décrites par Schmitt, en 1925, au contact d'un corps jaune, d'une part, et d'un follicule de De Graaf d'autre part.

Tantôt l'ovaire ne présente que deux ou trois petits nodules sous-épithéliaux, surtout lorsque la grossesse est récente;

Tantôt ces nodules sont nombreux et saillants, sphériques ou ovoïdes;

Tantôt les cellules forment des nappes minces,étendues en surface;

Tantôt elles constituent des masses importantes, profondément enchâssées dans le stroma ovarien, déprimant même un corps fibro-hyalin.

b) - <u>Aspects microscopiques des foyers de déciduose.</u>

Dans tous les aspects macroscopiques que nous venons d'énumérer, la structure est la même :

- ou bien il s'agit d'un nodule composé essen-

tiellement de cellules et d'une faible quantité de tissu conjonctif et de vaisseaux;

- ou bien c'est une trame fibreuse dense, parcourue de vaisseaux assez volumineux, et dans laquelle sont disséminées de grosses cellules, isolées ou par groupe de deux ou trois éléments sphériques ou ovoïdes, renfermant un énorme noyau clair, nucléolé.

Cette cellule déciduale, très facilement reconnaissable, fut décrite par différents auteurs et, plus récemment, par P. Dubois, qui, dans sa thèse portant sur le déciduome expérimental chez la hamster, en donne une description précise et détaillée, grâce à l'utilisation du microscope électronique.

c) - <u>Caractères morphologiques de la cellule déciduale.</u>

Au microscope optique, la cellule déciduale apparait sous la forme d'un élément ovalaire, de 25 à 30 $\mu$ de long sur 15 à 20 $\mu$ de large. Son noyau arrondi, de 6 à 9 $\mu$, renferme souvent plusieurs nucléoles volumineux, fréquemment accolés à la membrane nucléaire.

Certaines cellules peuvent être binucléées.

Le cytoplasme est uniformément pyroninophile et la réaction au PAS est très intense.

Au microscope électronique, le noyau, tantôt régulièrement circulaire, tantôt portant des incisures, est constitué de chromatine régulièrement répartie et présente un ou plusieurs nucléoles, toujours visibles.

Le cytoplasme est riche en organites et en granulations disséminés au sein d'une substance fondamentale peu dense.

On y distingue :

- de nombreuses mitochondries, de forme variable, présentant des crêtes distinctes, disposées en plages assez denses dans le cytoplasme ou se glissant entre les lamelles du réticulum endoplasmique ou de l'ergastoplasme;

- un appareil de Golgi très développé;
- l'ergastoplasme et le réticulum endoplasmique sont abondants, tantôt constitués de canaux parallèles, tantôt dessinant un tracé sinueux. Les canalicules présentent parfois de petites dilatations ampullaires, dont quelques-unes, plus importantes, donnent naissance à des vacuoles de grande taille;
- on y trouve, enfin, des inclusions intra-cytoplasmiques de divers types :
  = des formations arrondies ou ovalaires, sans double membrane, éparses dans le cytoplasme, dites "microbodies";
  = des liposomes en petit nombre;
  = de fines granulations de glycogène.

L'étude des caractères histochimiques de la cellule déciduale a montré qu'elle renferme :
- outre le glycogène, qui représente l'une des substances les plus abondantes,
- de l'acide ribonucléique,

- des lipides : aussi bien des lipides neutres que des phospho-lipides et des lipoprotéines,
- des enzymes, parmi lesquels :
  • une phosphatase acide, contenue en grande quantité dans le cytoplasme et le noyau, qui interviendrait, dans la caduque, dans les échanges foeto-maternels portant sur le glycogène, les lipides, les nucléo-protéines;
  • une activité acétyl-cholinestérasique;
  • une anhydrase carbonique et une histaminase, qui constitueraient deux éléments typiques de la cellule déciduale.

## III - Diagnostic différentiel

La cellule déciduale, avec ses caractères histologiques ainsi définis, diffère donc totalement des éléments rencontrés au cours de certaines réactions dites "pseudo-déciduales ou déciduiformes", développées dans le chorion cytogène de la muqueuse utérine, réactions se produisant en dehors de toute grossesse, après une imprégnation progestéronique prolongée, ainsi que le démontra Moricard, ou bien accompagnant les kystes lutéiniques de l'ovaire.

Dans ces deux cas, les éléments du chorion ne prennent pas l'aspect sphérique ou ovalaire de la cellule déciduale vraie, mais ils s'allongent, deviennent fusiformes, et loin de se regrouper en amas ou en nappes, comme le font les cellules déciduales typiques, nous les retrouvons disséminés dans le chorion.

Ces éléments ne représentent donc qu'une ébauche de cellules déciduales n'ayant pas atteint leur plein développement, et, sans doute, pouvons-nous attribuer ce fait à l'absence de certains facteurs qui contribuent, dans leur ensemble, à la décidualisation.

Or, il semble que cette réaction pseudo-déciduale possède elle-même des localisations ectopiques, comme pourraient en témoigner les exemples cités par Wallart, en 1936, qui découvrait quatre cas de déciduose ovarienne chez des femmes ménopausées, porteuses de fibrome du corps utérin : en réalité, il ne pouvait s'agir que d'une simple réaction déciduiforme, la déciduose étant toujours liée à la grossesse.

## IV - Evolution de la déciduose

L'évolution des foyers de déciduose semble, dans tous les cas, suivre celle de la grossesse, à savoir qu'après l'accouchement, les cellules déciduales dégénèrent et disparaissent complètement.

Cette régression, cependant, ne parait pas se faire brutalement, puisque Wallart signalait encore leur présence dans les ovaires 15 à 17 jours après l'accouchement.

Selon cet auteur, l'évolution se déroulerait en plusieurs étapes, caractérisées d'abord par l'apparition d'une substance amorphe dans le tissu conjonctif, suivie d'une modification des cellules elles-mêmes :

Le cytoplasme de certaines d'entre elles s'effrite, tandis que leur noyau devient pycnotique ou vésiculaire et que la chromatine disparait;

pour d'autres cellules, le noyau diminue de taille, tout en conservant sa chromatine, le cytoplasme ne formant plus qu'une mince couche périnucléaire;

enfin le réseau conjonctif se résorbe, remplacé progressivement par le tissu ovarien normal.

Pour Beauchant " les cellules déciduales subissent une dégénérescence évoluant vers la constitution de nodules fibreux, qui finissent par disparaitre. L'ovaire peut reprendre son aspect normal."

Toutefois, aucune étude récente n'est venue confirmer ces assertions, émises il y a déjà quelques années.

Nous citerons les cas particuliers de la môle et du chorioépithéliome, où l'on voit se former des foyers de déciduose dans les ovaires, ainsi que l'a décrit J. Tolub, malgré l'absence de gestation. Ces amas de cellules déciduales aberrantes semblables en tous points à ceux rencontrés lors des grossesses normales, se maintiennent aussi longtemps qu'il y a élimination de prolans, ce qui constitue une preuve supplémentaire de l'hormono- dépendance de la déciduose ectopique.

# OBSERVATION ET COMPTE-RENDU HISTOLOGIQUE.

Notre observation concerne une femme de 36 ans, primipare, primigeste, sans antécédent gynécologique, chez laquelle est pratiquée une césarienne systématique ( gros foetus en présentation de siège ).L'intervention permet alors de mettre en évidence un kyste " goudron " de la taille d'un pamplemousse, développé aux dépens de l'ovaire gauche et adhérent au fond du cul-de-sac de Douglas, à la face antérieure du sigmoïde et à la face postérieure du ligament large; après annexectomie gauche, il est procédé à un premier examen anatomo-pathologique.

Macroscopiquement, l'ovaire présente de nombreuses cavités remplies de sang noir.

Microscopiquement, sur les différentes coupes faites autour du kyste hématique, on observe des plages de cellules déciduales disposées de façon anarchique :

- tantôt autour des cavités kystiques,
- tantôt dans la corticale ovarienne,
- parfois, enfin, à l'intérieur du stroma ovarien.

Ce premier examen ne permet pas de retrouver des glandes endométriales affirmant l'origine endométriosique de la lésion, mais montre des nappes de fibrose contenant du pigment d'hémolyse, vestiges probables d'une endométriose ancienne.

L'anatomo-pathologiste conclut à "une déciduose ovarienne, vraisemblablement en rapport avec une endométriose; cependant, on ne trouve aucune glande

endométriale".

Un deuxième examen plus détaillé des prélèvements est effectué montrant que "cet ovaire est extrêmement remanié par des lésions diverses et variables d'un point à l'autre.En surface, la corticale est notablement fibrosée et le chorion sous-jacent présente des phénomènes de congestion diffus et d'oedème.

Mais les altérations les plus caractéristiques sont de deux ordres :

1°) - Présence de larges foyers de transformation déciduale du stroma, associée à des petits foyers déciduaux plus superficiels et situés soit dans le stroma sarcomatoïde superficiel, soit dans le plan péritonéal sur lequel ils déterminent des petits bourgeons saillants.Ces plages déciduales sont très bien différenciées et parcourues de vaisseaux congestifs; on note quelques petits infiltrats à cellules rondes.Certaines sont manifestement isolées; d'autres, au contraire, constituent l'essentiel de la paroi de formations kystiques à contenu hémorragique; en surface, d'ailleurs, elles sont doublées d'un tissu granulomateux riche en macrophages chargés d'hémosidérine, traduisant la résorption de phénomènes hémorragiques anciens.Par endroits, on note un revêtement cylindro-cubique.

Ces cavités kystiformes paraissent donc bien répondre à des foyers d'endométriose hémorragique kystique très remaniés, avec transformation déciduale secondaire du stroma cytogène.

Certains de ces kystes décidualisés présentent de larges zones de leur paroi en transformation fibreuse à peu près complète.

2°) - D'autres kystes sont manifestement d'origine folliculaire involutive et leur paroi granuleuse a subi une lutéinisation secondaire assez marquée.

Enfin, certaines plages déciduales parfaitement différenciées, présentent des cavités ramifiées qui peuvent répondre à des vestiges de tubes glandulaires endométriaux et l'ensemble se rapproche d'une façon très frappante d'une caduque maternelle.

En résumé : Décidualisation extrêmement accusée du stroma ovarien généralement centrée par des formations kystiques hémorragiques, dont la signification est celle de foyers d'endométriose hémorragique kystique remaniée.

Mais cette décidualisation dépasse la paroi des kystes endométriosiques et s'étend au stroma lui-même où elle prend un caractère purement ectopique, selon la définition stricte du terme. Elle est associée, enfin, à des petits foyers de déciduose sous-péritonéale.

La trompe est le siège de phénomènes discrets de salpingite subaigüe non spécifique.

# DISCUSSION - RAPPORTS ENTRE DECIDUOSE TYPIQUE ET ENDOMETRIOSE DECIDUALISE.

Il semble donc, au terme de cet exposé, que nous nous trouvions en présence de deux lésions bien distinctes, malgré leur contiguité :

- d'une part une endométriose, dont certains foyers se sont enkystés du fait des phénomènes hémorragiques répétés, et dont les autres, par la décidualisation qu'ils ont subie, ont pris l'aspect d'une caduque;

- d'autre part, une déciduose typique, de localisation superficielle, formée d'amas compacts de cellules déciduales, parcourus de vaisseaux congestifs, mais où l'on ne retrouve aucune trace de glandes endométriales.

Si nous nous en tenons à notre idée première, à savoir que la déciduose ectopique constitue une entité bien individualisée, il ne fait aucun doute que ces lésions se sont développées indépendamment les unes des autres, mais il nous est loisible de penser également que des relations de cause à effet puissent exister entre elles, par le simple fait qu'elles sont situées dans un même organe, en des lieux très proches, et, qu'en outre, l'association des deux lésions est extrêmement fréquente, l'endométriose représentant elle-même une dysplasie mullérienne.

Pour Notter, de Lyon, qui fait état d'une observation semblable, la décidualisation d'une endométriose préexistante demeure la seule explication valable, et il en donne comme preuve la présence de phénomènes hémorragiques.

Nous admettons aisément, comme cet auteur, que les foyers hémorragiques, ainsi que les macrophages chargés d'hémosidérine, sont des témoins de l'existence de foyers d'endométriose, mais le fait que l'on trouve des plages isolées de cellules déciduales dans la corticale de l'ovaire, proches de la surface, constitue un élément en faveur d'une déciduose ectopique, comme l'avait déjà démontré Beauchant, en exposant sa théorie métastatique.

Quelques auteurs, cependant, Josselin, De Jong et De Snoo, en particulier, n'en considèrent pas moins les formations déciduales ectopiques, quelles qu'elles soient, comme des foyers d'endométriose modifiés par la grossesse.

Il est vrai, certes, que les îlots endométriosiques subissent un remaniement pendant la gestation, au même titre que la muqueuse utérine, puisqu'ils en sont une image fidèle; c'est-à-dire que nous y retrouvons :

- des tubes glandulaires
- un chorion cytogène richement vascularisé.

Sous l'influence hormonale de la grossesse, ces différents éléments vont se modifier, en ce sens qu'il y aura :

- aplatissement et étirement des tubes épithéliaux.
- métaplasie déciduale des cellules du chorion.

Toutefois, ainsi que le faisait déjà remar-

quer Varangot,malgrél'inondation hormonale gravidique, la transformation est loin d'être constante.

Or, il nous faut noter ici qu'il existe une grande différence entre ce que nous nommons déciduose pure et endométriose décidualisée : c'est que, dans le premier cas, nous n'observons jamais de tubes glandulaires endométriaux, pas même de tubes vestigiaires.

D'aucuns pourraient objecter que les glandes endométriales étant inégalement réparties, les coupes peuvent concerner des régions n'en contenant pas et n'in téresser que le chorion décidualisé.Cependant, notre examen anatomo-pathologique a porté sur un nombre appréciable de coupes - 9 au total - et aucune n'a révélé de glandes dans ce que nous considérons comme des foyers de déciduose pure.En 1955, d'ailleurs, Schramm et Lepage faisaient déjà la distinction entre les deux formes en insistant sur ce détail de grande valeur.

Jahier et Laffargue, de leur côté, admettent que pendant la grossesse "les glandes de l'endométriose peuvent se déformer et disparaitre sous la pression d'une décidualisation en champ clos".Dans ce cas, il serait impossible de distinguer déciduose pure et endométriose décidualisée.

Aussi, pour ces deux auteurs, le problème de nosologie n'est-il résolu qu'après la grossesse : les nodules, constitués de cellules déciduales et ne disparaissant pas après l'accouchement, doivent être considé-

rés comme des endométriomes qui se sont décidualisés pendant la grossesse.L'évolution de l'endométriose est, en effet, différente de celle de la déciduose :

- tantôt elle guérit spontanément par chute complète de l'endomètre ectopique ou par nécrose de celui-ci, dans les formes kystiques;
- tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elle disparait après la ménopause;
- tantôt, enfin, le foyer régresse après la grossesse, mais ce mode de guérison semble être exceptionnel, puisque Mocquot et Musset en ont rapporté un seul exemple, contrairement à la déciduose typique qui, elle, disparait toujours après l'accouchement.

Ces diverses données confirment notre point de vue, à savoir que les deux formes de déciduose, l'une primitive, néoformée, l'autre dérivée de l'endométriose, sont capables d'apparaitre simultanément dans un même organe, et plus particulièrement, dans l'ovaire.

Ceci pourrait aisément s'expliquer par la théorie de la migration de cellules choriales isolées, d'une part, et par celle de fragments d'endomètre, d'autre part.

Pourquoi ne pas admettre, aussi, que des éléments du chorion puissent se détacher du foyer d'endométriose, déjà greffé dans l'ovaire, pour former ensuite des nodules ou des plages de déciduose lors d'une grossesse?

Toutes les hypothèses sont défendables,

mais sans doute serait-il plus juste de considérer que l'origine de la déciduose varie selon ses localisations : c'est ainsi que, si la déciduose ovarienne peut s'expliquer par la migration de cellules du chorion de l'endomètre, la forme cervicale apparait comme une métaplasie directe des cellules conjonctives du chorion de la muqueuse, particulièrement sensibles aux incitations hormonales.

Ce point de vue semblerait trouver sa confirmation dans l'étude histologique que nous avon faite d'un col porteur d'un foyer de déciduose, où l'on pouvait mettre en évidence :

- des plages de cellules déciduales typiques, grosses cellules plus ou moins rondes, au noyau volumineux;
- des fibroblastes ou cellules mésenchymateuses jeunes, indifférenciées, au cytoplasme étiré, d'aspect fusiforme, renfermant un noyau en bâtonnet;
- des éléments conjonctif de forme plus ovalaire, moins allongés que les précédents, au cytoplasme plus acidophile et au noyau plus globuleux.

Ces éléments réalisaient vraisemblablement des formes intermédiaires entre le fibroblaste dont ils sééloignaient de par leur aspect plus trapus et leur acidophilie, et la cellule déciduale vraie dont ils n'avaient pas encore acquis tous les caractères morphologiques, ces formes de transition résultant de la métaplasie progressive des cellules mésenchymateuses jeunes en cellules déciduales typiques.

Cette observation, ainsi que celle d'une déciduose de la trompe, dont nous rendons compte dans le chapitre suivant, nous amènent à soulever une dernière hypothèse : celle selon laquelle des cellules mésenchymateuses d'un type particulier, dérivées du système mullérien embryonnaire, dont elles en seraient les vestiges, se trouveraient disséminées, au moment de l'organogénèse, dans les tissus de l'appareil génital et y persisteraient à l'état quiescent, indiscernables des autres éléments mésenchymateux ne se révélant que lorsque seraient réunis certains facteurs chimiques et hormonaux, tels ceux qui caractérisent la grossesse : elles n'apparaitraient ainsi qu'après avoir subi la métaplasie en cellules déciduales typiques.

Mais, comme tout vestige embryonnaire, leur présence serait inconstante, ce qui pourrait expliquer que des foyers de déciduose ne soient pas observés plus fréquemment chez les femmes enceintes.

## QUELQUES MOTS A PROPOS DES AUTRES DECIDUOSES

Nous avons volontairement insisté sur la déciduose ovarienne, puisque tel est le sujet de notre exposé, cependant nous ne pouvons passer sous silence les autres localisations ectopiques de la déciduose, d'autant que certaines, bien qu'aisément identifiables par nos moyens d'investigation actuels, peuvent en imposer, parfois, pour des lésions de plus haute gravité.

Les foyers de déciduose peuvent apparaitre sur tous les organes du tractus génital : vagin, utérus, trompes, mais ces nappes déciduales s'étendent également au péritoine pariétal, aux adhérences inflammatoires, voire aux ganglions lymphatiques pelviens.

Nous insisteront plus particulièrement sur la forme cervicale de la déciduose, qui semble, parmi toutes les localisations énumérées - en dehors de la localisation ovarienne -, la plus fréquente, sans doute parce que la plus facilement décelable, mais qui peut, parfois, aussi, prêter à des erreurs diagnostiques, très vite corrigées, d'ailleurs, par l'étude histologique.

Cliniquement, la déciduose du col ne présente pas de symptomatologie propre et, si certains auteurs, tels Lepage et Schramm ont pu lui attribuer des leucorrhées ou même de petites métrorragies, il est admis actuellement que celles-ci ne sont en fait que la conséquence d'ectropions gravidiques, surinfectés ou non.

L'examen au spéculum lui-même ne permet que rarement de reconnaitre la lésion, soit en raison de sa petite taille, soit, surtout, du fait de l'aspect congestif que revêt le col pendant la gestation et des ectopies fréquentes qu'il présente. Dans quelques cas, pourtant, des foyers de déciduose ont pu être découverts au speculum, sous l'aspect de petits bourgeons très congestifs, parfois ulcérés, sièegeant en plein parenchyme malpighien. Mais, dans la grande majorité des cas, le diagnostic de déciduose cervicale n'est établi qu'après un examen du col plus poussé, nous voulons parler de l'examen colposcopique avec test au lugol.

La colposcopie permet, en effet, de mettre en évidence différents types de lësions :

- tantôt la masse déciduale soulève légérement l'epithelium malpighien, qui apparait plus congestif que le reste de la muqueuse; cette voussure, sans limites bien nettes, ne prend pas le lugol;

- tantôt il s'agit d'un bourgeon rouge violacé, d'aspect tumoral, prenant irrégulièrement le lugol;

- tantôt, enfin, l'épithelium, qui recouvrait initialement la lésion, a totalement disparu et nous sommes en présence d'une ulcération, que l'épreuve à l'acide acétique permet de differencier d'une ectopie, en lui conférant un aspect strié givré, feuilleté, caractéristique de la déciduose. Ici, le test de Schiller est franchement négatif.

Nous ferons remarquer que les cellules déciduales peuvent également siéger au niveau de l'epithelium.

cylindrique d'un ectropion, voire d'un polype muqueux, et le diagnostic en est ici beaucoup plus délicat.

Du point de vue histologique, contrairement à la localisation ovarienne, la déciduose cervicale revêt différents aspects, regroupés en trois types principaux :

- la forme pseudo-tumorale, dans laquelle les cellules déciduales apparaissent tassées les unes contre les autres avec, par place, quelques fibres collagènes dissociées par l'oedème; les vaisseaux y sont nombreux; un epithelium malpighien, ou cylindrique, souvent aminci, les recouvre, mais il peut avoir disparu et fait place à un exsudat fibrino-leucocytaire.

- la forme pseudo-caduque, ayant l'aspect d'une caduque endo-utérine et où l'on retrouve quelques cavités glandulaires plus ou moins étouffées par les cellules déciduales; mais, ainsi que l'a montré G. Virot, le fragment de caduque accouché par le col s'en différencie par l'existence de glandes corporéales riches en glycogène et en mucus, et d'artères identiques aux artères hélicines.

- la forme d'ectropion ou de polypoïde, renfermant de nombreuses glandes muqueuses, de taille variable, parfois dilatées, entre lesquelles sont disséminés des amas de cellules déciduales; les vaisseaux y sont abondants, et l'on note de façon presque constante, de l'oedème et une inflammation, expliquant les anomalies de type dystrophique que présentent, en certains points de la lésion, les cellules déciduales: celles-ci prennent alors l'aspect de cellules fusiformes, au noyau allongé, en bâtonnet.

Quant à l'évolution de la déciduose cervicale, elle ne se distingue en rien de celle qui caractérise la localisation ovarienne: les foyers demeurent stables tout au long de la grossesse, sans aucune tendance à l'extension, du moins apparemment, et disparaissent complètement dans les dix jours qui suivent l'accouchement.

Nous dirons, pour terminer ce chapitre, quelques mots de la localisation tubaire de la déciduose: ici, les cellules déciduales peuvent s'observer aussi bien dans le chorion de la muqueuse que dans la séreuse, et, pour illustrer ce fait, nous rapporterons l'observation suivante, concernant une femme de 38 ans, déjà traitée, en 1963, pour une stérilité primaire, chez laquelle on découvrait, lors d'une deuxième césarienne, en 1970, enveloppant totalement l'annexe gauche, une masse rougeâtre qui, macroscopiquement, revêtait l'aspect d'une endométriose , d'autant plus que d'autres foyers étaient retrouvés dans le cul-de-sac de Douglas.

Cette annexe, examinée en totalité du point de vue microscopique (Mr. De Brux), montrait sur tous les fragments:

- au centre, la lumière tubaire d'assez petite taille, avec des franges normales, peu oedénateuses, non inflammatoires;

- la sous-muqueuse et les musculeuses généralement bien conservées;

- au niveau du méso et de la séreuse, des modifications énormes du tissu conjonctif, réalisant une véritable caduque, constituant des formations nodulaires

de grande taille, s'accompagnant par endroits de phénomènes de nécrobiose.

L'auteur note que l'on pourrait croire à priori qu'il s'agit d'une caduque accolée contre la séreuse, mais il existe en fait des nodules de ce type en plein tissu conjonctif du mésosalpinx et l'on remarque même des embolies dans les veinules dilatées.

D'autre part, au niveau de la portion proximale de la trompe, on note des plages de décidualisation entre les faisceaux musculaires lisses et au niveau des franges pavillonnaires, dont certaines ont subi ce phénomène de métamorphose en caduque.

Cet aspect pourrait faire penser à une endométriose décidualisée, mais, nous dit l'auteur, on ne rencontre jamais un seul tube et, d'autre part, l'extension de ces cellules déciduales est telle qu'on est obligé de penser qu'il s'agit d'une hypersensibilité du tissu mésenchymateux et mésothélial de la séreuse tubaire aux actions hormonales, plus particulièrement à la progestérone.

Ainsi, pour l'auteur, la lésion ne laisse aucun doute quant à sa nature: il s'agit bien d'une déciduose ectopique, développée de novo dans un tissu conjonctif dont les éléments ont subi la métaplasie déciduale, sous l'influence hormonale de la grossesse.

Ce point de vue serait donc en faveur de notre dernière hypothèse, expliquant la déciduose ectopique comme le résultat d'une métaplasie de cellules

mésenchymateuses jeunes, d'origine mullérienne, persistant dans les tissus conjonctifs de l'appareil génital, et dans cet exemple, dans les différentes couches de la paroi tubaire.

# C O N C L U S I O N S

I - La déciduose, lésion bénigne et relativement fréquente, se définit comme la présence, pendant la grossesse, hors de l'endomètre, de cellules déciduales typiques, isolées ou groupées en amas, en des lieux divers, mais toujours strictement limités à la sphère génitale.

2 - Nous avons vu que la pathogénie de cette lésion reste encore obscure et que deux théories tentent de l'expliquer:

- la théorie de la métaplasie, qui voit dans la déciduose une transformation des cellules mésenchymateuses, préexistant dans les différentes parties du tractus génital;

- celle de la greffe de cellules provenant du chorion de l'endomètre, en divers points des organes génitaux, ces deux hypothèses trouvant leur preuve dans un certain nombre d'expérimentations animales et de faits cliniques.

3 - De notre côté, à la lumière de nos propres observations, nous reconnaissons comme valable chacune des deux théories, et si certaines localisations - en particulier, celle de l'ovaire - paraissent s'expliquer par l'hypothèse de la greffe cellulaire, d'autres, au contraire, admettent plus facilement la théorie métaplasique - nous voulons parler des déciduoses tubaire et cervicale.

4 - Quant aux foyers d'endométriose se décidualisant pendant la gestation, nous ne pouvons les faire entrer dans notre définition de la déciduose telle que nous

l'entendons. Mais, nous devons admettre qu'il est parfois difficile de faire la part de chaque lésion, d'autant plus qu'elles peuvent s'intriquer plus ou moins dans un même organe, ainsi que nous l'avons constaté dans notre observation de déciduose ovarienne.

Toutefois, l'endométriose décidualisée se différencie de la déciduose vraie par trois caractères essentiels :

- sa constitution, en particulier l'existence de tubes glandulaires endométriaux, plus ou moins remaniés;
- son évolution, les nodules endométriosiques persistant généralement après l'accouchement;
- ses localisations multiples, ne se limitant pas à la sphère génitale.

5 - Ainsi, si la déciduose ectopique est à présent une lésion bien connue et de diagnostic relativement facile, la multiplicité des hypothèses émises quant à son origine, son mode de formation, démontre notre incapacité actuelle à éclaicir bien des points la concernant.

:-:-:-:-:-:-:-:-:-:

BIBLIOGRAPHIE

1 - ALLOITEAU (J.J) - Obtention de déciduomes traumatiques à tous les stades de grossesse chez la souris. C.R. Soc. Biol. (Paris) 1963- 157- 1153-1157.

2 - BEAUCHANT (G.) - Les cellules déciduales de l'ovaire au cours de la gravidité. C.R. Assoc. Anat. 1952 -75- 626-632.

3 - BERNARD (I.) - Sur un cas d'endométriose du col utérin. Bull. Féd. Gyn. Obst. Fr. 1965 - 17 - 330-331.

4 - BRET (J.) COUPEZ (F.), DE BRUX (J.) - Déciduose du col utérin. Aspects cliniques et colposcopiques. Gyn. Obst. 1959 - 58 - 199-207.

5 - CHAMBON (Y.) - Déterminisme local chimique des réactions déciduales chez la lapin. C.R. Soc. Biol. (Paris) 1961 - 155 1351-1356.

6 - CZYBA (J.C.) - Action comparative du lyncestrol et de la progestérone sur la formation du déciduome expérimental chez le Hamster doré. C.R. Soc. Biol. (PARIS) 1968 - 162 95-96.

7 - DE BRUX (J.) - Histopathologie gynécologique

8 - DE BRUX (J.) , DUPRE-FROMENT (J.), BRET (J.) - Déciduose du col utérin. Aspects histologiques et cytologiques. Gyn. Obst. 1959 - 58, n°3 304-317.

9 - DELARUE (J.) - A propos d'endométrioses cytogéniques. Discussion sur leur nature et leur signification. Arch. Anat. Path. (Paris) - 1965 - 13 261-263.

10 - DIOP SASSOUM - Kyste hématique. Endométriose de l'ovaire. Thèse Méd. Paris 1967.

11 - DUBOIS (P.) - Déciduome expérimental traumatique. Thèse Méd. Lyon - 1965.

12 - DUMONT (M.) - Régression d'un kyste endométrial de l'ovaire pendant la grossesse. Bull. Féd. Gyn. Obst. Fr. 1967 - 19 - 37.

13 - DUSSERRE (L.) - Les déciduoses ectopiques. Thèse Méd. Paris - 1961.

14 - JAHIER (H.), LAFFARGUE (P.), GAUTRAY (J.P.), JAHIER (J.) - Endométriome du col utérin. Gyn. Obst. Paris - 1961 - 60- 606-616.

15 - KEHL (R.), CZYBA (J.C.), CHIRIS (M.) - Cortisone et déciduome chez le rat. C.R. Soc. Biol. (Paris) - 1961 - 155 2366-2367.

16 - LE COZ (A.) - A propos de huit cas de déciduose du col. Bull. Féd. Gyn. Obst. Fr. 1967 - 19 - 178-179.

17 - MAGRIS (P.) - Contribution à l'étude de l'endométriose. Gyn. Obst. (Paris) - 1961 - 60 201-204.

18 - NOTTER (A.) - Endométriose ovarienne sans manifestations cliniques antérieures, découverte lors d'une césarienne, avec castration pour cancer de la langue Bull. Féd. Gyn. Obst. Fr. 1965 - 17 - 68-69.

19 - PELTIER (N.) - L'endométriose ovarienne. Thèse Méd. Paris 1957 - Dactyl.

20 - POLOSSON (E.) - Endométriose cervicale et grossesse. Bull. Féd. Gyn. Obst. Fr. 1965 - 17 (suppl.) - 293-350.

21 - PORTES et VARANGOT (J.) - Endométriose et grossesse. Gyn. Obst. 1939-1940 - 40 - 298-304.

22 - SERMENT (H.) - A propos de quelques cas d'endométriose. Bull. Fed. Gyn. Obst. Fr. 1965 - 17 - 469-473.

23 - TOLUB (J.) - Ovaire de grossesse normale et pathologique. Thèse Méd. Bordeaux - 1954.

24 - VARANGOT (J.) - Etiologie, aspects cliniques, biologie et pathogénie de l'endométriose génitale. Bull. Féd. Gyn. Obst. Fr. 1965 - 16 - 578-584.

25 - VIROT (G.) - Contribution au diagnostic des tumeurs déciduales de l'orifice cervical. Rev. Fr. Gyn. Obst. 1967 - 62 - 75-80.

26 - VITSE (M.) - Endométriose et grossesse. Bull. Féd. Gyn. Obst. Fr. 1968 - 20 - 24-25.

27 - WALLART (J.) - Les végétations déciduales ectopiques pendant et en dehors de la grossesse, en particulier celle de l'ovaire. Gyn. Obst. 1936 - 33 - 134-135.

Vu, le Président de Thèse

M. le Professeur ORCEL

Vu, le Doyen de la Faculté

SAINT-ANTOINE

M. le Professeur LOYGUE

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET